

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE-RN

KELLE DO VALE DE SOUSA VIDIGAL

**CONHECIMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN SOBRE TOXOLASMOSE**

MOSSORÓ - RN

2014

KELLE DO VALE DE SOUSA VIDIGAL

**CONHECIMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN SOBRE TOXOPLASMOSE**

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE-RN como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^a. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

MOSSORÓ - RN

2014

V695c

Vidigal, Kelle do Vale de Sousa.

Conhecimento das gestantes atendidas em unidades básicas de saúde de Mossoró-RN sobre toxoplasmose/ Kelle do Vale de Sousa Vidigal. – Mossoró, 2014.

54f.

Orientador: Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Toxoplasmose congênita. 2. Zoonose-Gestação. 3. Saúde da mulher. I. Título. II. Martins, Patrícia Helena de Moraes Cruz.

CDU 618.2

KELLE DO VALE DE SOUSA VIDIGAL

CONHECIMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN SOBRE TOXOPLASMOSE

Monografia apresentado pela aluna Kelle do Vale de Sousa Vidigal do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof^a Dr^a. Micheline do Vale Maciel (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof^a. Esp. Cássia Maria Guerra de Sousa (FACENE/RN)

MEMBRO

A toda minha família, em especial a minha irmã Kátia, por todo apoio e pela confiança em mim depositada e a minha mãe Neilde que sempre está ao meu lado e por cuidar do meu filho Lucas sempre que foi preciso, sem elas esse sonho não teria se realizado.

AGRADECIMENTO

A Deus, por sempre está ao meu lado, por ter concedido a graça de um sonho realizado, por ter colocado pais maravilhosos na minha vida, uma irmã linda, um filho maravilhoso, um esposo companheiro, cunhadas amigas, amigos nos quais nunca irei esquecer. Enfim muito obrigado Senhor por tudo.

Aos meus pais, que com seu amor, me deram a vida. Que sempre em meio às dificuldades, suas palavras eram, que o bem maior que poderiam oferecer a um filho era o estudo, e hoje estou feliz por ter realizado o desejo deles.

A minha irmã Kátia, por todo apoio e incentivo, por todos os “não” dados, por todas as broncas. Rsrtrs. Mas sempre estava ali ao meu lado, torcendo pelo meu sucesso.

Ao meu filho Lucas Otávio, que me encanta a cada dia com seu jeito carinhoso, amoroso, sempre ao meu lado dizendo que me ama, com seu sorriso lindo, você filho foi o melhor presente que eu poderia ter ganhado. Mãe te ama.

A minha tia Claudia, que nesses últimos três meses foi de grande importância em minha vida, pois sem você tudo teria sido mais difícil. O meu muito obrigada.

A todas minhas amigas que sempre estiveram ao meu lado, tanto nos momentos fáceis como nos momentos difíceis, em especial a Joyce Hayanny, Maria Mariana, Ana Cristina, Ríssia Kelly, Maria Lima.

Aos meus colegas da turma, Alana Rebouças, Maria Janice, Izabela Gama, Larissa Suellem, Hosana Mirelli, Witson Rondineli, José Celivânio, Eliane Marinho que durante esses 4 anos, compartilhamos de muitas experiências, de muito companheirismo, de muitas brigas e claro, porém o mais importante permaneceu a amizade e o carinho que temos uns com os outros.

As amigas, Ana Glaucia, Fabiana e Geane Medeiros, que motivos particulares não continuaram nessa caminhada. Muito obrigada.

Aos novos amigos adquiridos ao longo dos últimos meses, Aline, Lorena, Karol, Eduarda, Geórgia e Ednaldo, por ter me recebido de braços abertos.

A Ivone Borges, que aceitou ser minha orientadora, de braços abertos e que sempre estava à disposição para o que fosse preciso e pela confiança em mim depositada.

A Patrícia Helena, que primeiramente aceitou ser membro da banca examinadora e posteriormente, mas uma vez de braços abertos, aceitou ser orientadora, pelos ensinamentos passados, por toda confiança, a você meu muito obrigada.

Aos membros da banca examinadora, Micheline Maciel que antes mesmo de iniciar o TCC, foi lá procurar para conversarmos sobre o tema escolhido e você ficou muito entusiasmada e me deu toda força e Cássia Guerra, por ter aceitado participar da banca examinadora depois do projeto pronto, a vocês obrigada por toda ajuda, pelas contribuições que enriqueceram ainda mais esse trabalho.

Aos funcionários da FACENE, em especial a Natália, que abriu as portas da facene, me mostrando cada laboratório, cada cantinho, que mi deu a primeira força para encarar o mundo de informações que estava na minha frente, a Maria José sempre tão atenciosa e carinhosa com todos, a Anne sempre prestativa, a Elano sempre pronto pra mi fazer sorrir com suas besteiras, rrsrs e claro ele “primo” Raimundo, onde descobri parte da minha família, dedicado, atencioso, amigo, brincalhão, muito obrigada por sempre terem uma palavra de conforto e um sorriso no rosto, uma mão amiga.

A Vanessa Camilo, que mesmo atarefada nunca disse um não, sempre vinha com seu jeito meigo e simplificava tudo.

Aos queridos ex. funcionários, José e Rita que sempre estarão em meus pensamentos.

A Enfermeira Christine Noronha, por transmitir seus conhecimentos, pela excelente profissional, por toda ajuda dada diante de problemas pessoais.

A todos os professores da FACENE, que com seus ensinamentos, contribuíram para minha formação.

RESUMO

A toxoplasmose é uma zoonose que quando contraída durante o período gestacional, traz um grande risco de acometimento fetal. A transmissão materno-fetal pode ser evitada se a gestante for tratada precocemente, e as sequelas severas da toxoplasmose congênita podem ser reduzidas, se a infecção fetal for detectada e o tratamento específico iniciado de imediato. Esta pesquisa tem como objetivo geral: investigar o conhecimento das gestantes atendidas em unidades básicas de saúde sobre toxoplasmose no município de Mossoró e como objetivos específicos: caracterizar a situação social e gestacional das participantes da pesquisa; verificar o conhecimento das gestantes sobre os meios de transmissão, prevenção e tratamento da toxoplasmose; identificar a realização de testes para toxoplasmose entre as gestantes durante a gestação e verificar junto as gestantes as informações passadas pelos profissionais de saúde sobre a toxoplasmose na gestação. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa, realizada em uma Unidade Básica de cada região do Município de Mossoró, a amostra foi composta por 100 gestantes com faixa etária de 14 a 45 anos atendidas nessas unidades. O instrumento para coleta de dados foi um formulário. Os dados com enfoque quantitativo foram tabulados em planilha eletrônica do tipo Excel e transferidos para o programa estatístico SPSS v.21, o qual foram expressos em frequência simples e porcentagem. Pode-se observar que as gestantes 44% tinha a faixa etária de 19-25, 34% estavam no 2º e 3º trimestre, 56% não tinham filhos e 46% estavam na 1ª gestação, 60% concluíram o 2º grau completo, 78% eram casadas, 58% católicas e 42% ganhavam em torno de 1 salário mínimo. Apesar de um número considerável das gestantes afirmarem deter conhecimentos acerca da toxoplasmose 44% nos questionamentos subsequentes foi notório que a qualidade desse conhecimento necessita em muito ser melhorado, 80% das gestantes afirmaram desconhecer as formas de transmissão da toxoplasmose. Em relação as formas de prevenção, 84% das gestantes afirmaram desconhecer tais formas, 82% das entrevistadas relataram não terem recebido nenhuma informação sobre a toxoplasmose durante a gestação. Apesar da solicitação de sorologia para toxoplasmose ser de rotina em todos os serviços investigados apenas 32% delas disseram que realizaram tal exame, quando questionadas, 6% das gestantes relatam ter sido informadas acerca da toxoplasmose por profissionais médicos, 14% por profissionais de enfermagem e 80% por nenhum desses. Este estudo evidencia de que o conhecimento das gestantes relativo à toxoplasmose é superficial e que é preciso uma intensificação de ações de conscientização dessas gestantes acerca dessa patologia, para que detendo o conhecimento sobre os meios de transmissão e prevenção dessa doença seja mais efetivo.

Palavras-Chave: Toxoplasmose congênita. Gestação. Zoonose.

ABSTRACT

Toxoplasmosis is a zoonotic disease, which when contract during the period of pregnancy, brings a high risk of fetal impairment. The transmission from mother to fetus can be prevented if the pregnant is treated early, and the severe sequels of the congenital toxoplasmosis can be reduced, if the fetal infection is detected and the specific treatment is started immediately. This research has the general objective: investigate the understanding of the pregnant woman attended in basic health units about toxoplasmosis in the city of Mossoró; and specific objectives: characterize the social and gestational status of the research participants; check the understanding of pregnant women about the transmission means, prevention and treatment of toxoplasmosis; identify the carrying out tests for toxoplasmosis among pregnant women during the pregnancy, and check with the pregnant women the information passed by the health professionals about toxoplasmosis during the pregnancy. This is a descriptive and exploratory research, with a quantitative approach, made in a basic health unit of each region of the city of Mossoró, the sample consisted of 100 woman with ranging 14-15 years old, who were treated in these basic health units. The instrument for data collection was a form. The data the the quantitative approach were tabulated in Excel spreadsheet and transferred to the statistical program SPSS v.21, which were expressed in simple frequency and percentage. It can be observed that of pregnant women, 44% were from the age group of 19-25 years old, 34% were in the second and third quarter, 56% had no child and 46% were in the first pregnancy, 60% had completed the high school, 78% were married, 58% were catholic and 42% earned around one minimum salary. Despite of a considerable number of pregnant women affirm that they hold knowledge about toxoplasmosis 44%, in the subsequent questions was noticeable that the quality of this knowledge needs to be improve a lot, because 80% of pregnant women reported not knowing the ways of transmission of toxoplasmosis. In relation of the prevention methods, 84% of women affirm not knowing such methods, 82% of respondents reported they had not received any information about toxoplasmosis during pregnancy. Despite the serology request for toxoplasmosis be routine in all services investigated, only 32% said they carried out such an examination, when questioned, 6% of women report having been informed about toxoplasmosis by medical professionals, 14% of nursing professionals and 80% for no one of them. This study shows that the understanding of pregnant women about the toxoplasmosis is superficial and it takes an intensification of awareness actions of these women about this pathology, so that holding the knowledge of the means of transmission and prevention of this disease is more effective.

Keywords: Congenital toxoplasmosis. Pregnancy. Zoonosis.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Caracterização das participantes da pesquisa segundo faixa etária, escolaridade e estado civil. Mossoró/ RN.	29
Gráfico 02: Caracterização das participantes da pesquisa segundo renda familiar e religião. Mossoró/RN.	30
Gráfico 03: Caracterização das participantes da pesquisa segundo Idade gestacional, número de filhos e número de gestações das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.	31
Gráfico 04: Conhecimento sobre a toxoplasmose das gestantes entrevistadas. Mossoró/RN.	32
Gráfico 05: Referente ao conhecimento sobre as formas de transmissão da toxoplasmose. Mossoró/RN.	33
Gráfico 06: Relacionado sobre o conhecimento dos meios de transmissão da toxoplasmose. Mossoró/RN.	34
Gráfico 07: Relacionado ao conhecimento sobre as formas de prevenção da toxoplasmose. Mossoró/RN.	35
Gráfico 08: Relacionado ao conhecimento sobre os meios de prevenção da toxoplasmose. Mossoró/RN.	36
Gráfico 09: Relacionado as informações passadas sobre toxoplasmose durante a gestação. Mossoró/RN.	37
Gráfico 10: Relacionado a realização do exame de toxoplasmose durante a gestação. Mossoró/RN.	38
Gráfico 11: Relacionado a ocorrência de toxoplasmose durante a gestação. Mossoró/RN.	39
Gráfico 12: Relacionado a quais profissionais passaram informações sobre toxoplasmose. Mossoró/RN.	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 GERAL	13
2.2 ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 PERÍODO GESTACIONAL OU GESTAÇÃO.....	14
3.2 PRINCIPAIS DOENÇAS QUE ACOMETEM AS GESTANTES.....	14
3.2.1 Hiperêmese gravídica	14
3.2.2 Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)	15
3.2.3 Diabetes Gestacional	15
3.2.4 Pré-eclâmpsia e eclâmpsia	16
3.2.5 Toxoplasmose	16
3.2.5.1 Ciclo e Formas de Transmissão	17
3.2.5.2 Medidas Preventivas	20
3.2.5.3 Sinais e Sintomas.....	21
3.2.5.4 Diagnóstico.....	22
3.2.5.5 Tratamento	23
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.8 FINANCIAMENTO.....	28
5 ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS DADOS	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	48
ANEXO	53

1 INTRODUÇÃO

A toxoplasmose é uma zoonose que tem como agente etiológico o protozoário *Toxoplasma gondii* (TG), um parasito intracelular obrigatório. (REY, 2002). Esse parasito é encontrado em todos os continentes, nos mais diferentes climas (DRESSEN, 1990). A infecção é muito frequente em várias espécies de mamíferos e aves. O gato e outros felídeos são os únicos hospedeiros onde o TG pode realizar todo o seu ciclo de vida, já o homem e os outros animais são hospedeiros intermediários, onde apenas uma parte é realizado (NEVES, 2001).

“A infecção toxoplásmica ocorre em todo o mundo, sendo que de 70 a 100% dos adultos são considerados infectados. No Brasil, a prevalência de anticorpos IgG na população geral varia de 54% no Centro-Oeste a 75% no Norte.” (FIQUEIRÓ-FILHO et al, 2005, p.443).

O contágio pode ocorrer tanto pela ingestão de alimentos ou água contaminados com oocistos, como também por transfusão de sangue, transmissão vertical e transplantes de órgãos. Geralmente assintomática e sua forma mais grave acontece em pacientes com a imunidade baixa e gestantes (FERREIRA, 2001).

A toxoplasmose é uma doença que acomete todo o mundo tendo como importância clínica, lesões oculares tardias podendo acometer pessoas imunocomprometidas, gestantes e conceptos (REMINGTON, et al 2001). Diante dessa realidade é importante conhecer o perfil sorológico de cada gestante para a identificação da infecção pelo TG diferenciando a infecção latente da recente (CARLI, 2001) e através de medidas profiláticas e terapêuticas diminuir a ocorrência da transmissão vertical e consequentemente danos ao desenvolvimento do feto. (REMINGTON et al 2001; WONG, 1994)

A incidência maior de transmissão vertical é quando ocorre a infecção pela primeira vez durante a gravidez, causando assim a toxoplasmose congênita (DIMARIO et al, 2009). Estudos comprovam que a grande maioria dos casos de retinocoroidite foi em decorrência de uma toxoplasmose congênita assintomática, e não identificada no momento do nascimento (BEVERLEY, 1973).

Nesse caso ao atingir o concepto o parasita poderá causar vários danos que dependerão da virulência do mesmo, da resposta do sistema imunológico da mãe e do período gestacional, resultando em manifestações clínicas graves ou até mesmo a morte fetal (DESMONTS; COUVREUR, 1974). Embora nos casos em que a

toxoplasmose passa despercebida no momento do nascimento, ela pode reaparecer meses ou anos depois, tendo como manifestações mais frequentes a retinocoroidite e alterações neurológicas (CAMARGO, 1995).

As gestantes soronegativas para anticorpos anti-toxoplasmose são consideradas na maioria das vezes sem risco de transmissão congênita, mas sendo fundamental a realização de exames ao final de cada trimestre, pois caso ocorra uma soroconversão é possível o início imediato do tratamento (SPALDING et al, 2003).

Estudos mostram que antes de engravidar se a mulher adquire TG, transformando-se assim na forma crônica da doença, ela não é transmitida para o feto durante o período intra-uterino e também não está relacionado com a causa de abortos. Contudo quando há uma infecção e essa infecção é reativada por causa de uma imunossupressão o feto pode ser contaminado (MOZZATTO; PROCIANOY, 2003), tudo depende do estado imunológico da mãe, do período em que ocorreu a reinfecção, da virulência da cepa, entre outros fatores (AMENDOEIRA; DA COSTA; SPALDING, 1999).

Com a diminuição dos índices de toxoplasmose congênita nos países que possuem programas de prevenção, fica cada vez mais evidente a importância da prevenção da infecção em gestantes (LOGAR et al, 2002). Onde pode ser evitada através de informações sobre suscetíveis formas de infecção, diagnosticado pelos testes sorológicos, caso seja confirmado TG é iniciado o tratamento para construir barreiras dificultando a passagem transplacentária e após o nascimento se ocorreu à infecção ao recém-nascido é iniciado o tratamento com antimicrobianos, para evitar danos futuros (LAGO et al, 2007).

Diante do exposto percebe-se que quanto mais cedo à gestante iniciar seu pré-natal mais chances ela terá para a identificação precoce da toxoplasmose gestacional, sendo também de fundamental importância a informação e orientação correta passada pelos profissionais de enfermagem as gestantes (MARGONATO et al, 2007).

As gestantes na sua maioria não têm conhecimento, sobre a toxoplasmose e isso pode estar relacionado ao fato de os profissionais de saúde não informarem às gestantes sobre a forma de transmissão da toxoplasmose e os riscos para a mãe e o feto.

Segundo estudo desenvolvido por Carvalho (2011), mostrou que 39,28% das gestantes não tem conhecimento sobre a doença e 60,71% admitiram ter um pouco de conhecimento, sendo que nenhuma gestante tem conhecimento profundo sobre o assunto apenas superficial. Observando assim, que as mesmas não obtiveram informações através dos profissionais de saúde, o que deveria ser divulgado com maior interesse, pela importância da doença.

Já segundo Cademartori, Farias e Brod (2008), seu estudo mostrou que 64,9% das gestantes desconheciam a doença, e que 54,8% apresentaram IgG positivo para toxoplasmose.

Sendo assim surge o seguinte questionamento: Qual o conhecimento das gestantes atendidas nas Unidade Básica de Saúde do Município de Mossoró sobre toxoplasmose?

Diante do exposto, o interesse pelo tema surgiu no decorrer das atividades práticas integradoras durante a formação acadêmica, e com base nos estudos acima, onde foi percebido que as gestantes não conheciam a doença, os cuidados e os riscos da referida patologia. Este estudo tem como interesse proporcionar um maior nível de conhecimento acadêmico, servindo como fonte de pesquisa para entender a temática abordada e também mostrar aos profissionais de enfermagem a importância de prestar uma assistência adequada a essas gestantes, mostrando-as o que é a doença, como prevenir, tratar e quais consequências podem ocasionar tanto a gestante quanto ao feto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar o conhecimento das gestantes atendidas em unidades básicas de saúde sobre toxoplasmose no município de Mossoró.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a situação social e gestacional das participantes da pesquisa;
- Verificar o conhecimento das gestantes sobre meios de transmissão, prevenção e tratamento da toxoplasmose;
- Identificar a realização de testes para toxoplasmose entre as gestantes durante a gestação;
- Verificar junto as gestantes as informações passadas pelos profissionais de saúde sobre a toxoplasmose na gestação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PERÍODO GESTACIONAL OU GESTAÇÃO

Segundo Silva (2007), a capacidade de dar à luz a uma nova vida, é sem dúvida um privilégio concedido por Deus, é uma experiência única, desafiadora e cheia de mudanças, devendo ser encaradas da forma mais saudável possível, tanto pela mulher como por sua família.

“A gravidez, o trabalho de parto e o parto representam biologicamente uma função primária do sistema reprodutor feminino, e são considerados um processo normal” (BARROS; SILVA, 2009).

Durante a gestação a mulher passa por muitas mudanças, entre elas estão as físicas e psicológicas, trazendo consigo alguns sinais e sintomas como náuseas e vômitos, sialorréia, aumento da sensibilidade álgica mamária, aumento da frequência urinária, distensão abdominal, tonteiras, sonolência e fadiga (FERREIRA, 2011).

Apesar de existirem sintomas característicos do período gravídico, algumas gestantes podem ao transcorrer da gestação, ser acometida por processos patológicos, dentre os quais os mais importantes são; a hiperêmese gravídica, descolamento prematuro da placenta (DPP), diabetes gestacional, pré-eclampsia, eclampsia e toxoplasmose (AMARO, 2012).

3.2 PRINCIPAIS PATOLOGIAS QUE ACOMETEM AS GESTANTES

3.2.1 Hiperêmese Gravídica

Diferente da êmese gravídica, vômitos simples durante o primeiro período da gravidez, a hiperemêse gravídica é caracterizada por vômitos contínuos com maior intensidade, chegando a impedir a alimentação da gestante, causando desidratação, perda de peso e alterações no metabolismo. Para evitar casos mais complicados, é importante fornecer a gestante apoio psicológico e orientações alimentares (REZENDE FILHO, 2008).

Nos casos de hiperêmese gravídica são prescritos antieméticos orais ou injetáveis como metoclopramida de 10 mg de 4 /4 horas e dimenidrato de 50mg de 6

em 6 horas. Casos onde a terapêutica não responde a gestante é encaminhada para internação hospitalar (BRASIL, 2012).

3.2.2 Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)

É a separação da placenta do seu lugar de implantação, antes do nascimento de feto, em torno da 20ª semana ou mais. O DPP é caracterizado como uma das doenças mais graves da gestação, caracterizando-se por 15 a 20% de mortes perinatais (TRAJANO, 2001).

O diagnóstico é clínico, com o relato de dor abdominal súbita, perda de sangue de cor vermelho vivo, mas, ocorrem casos onde o sangramento é oculto. Ao exame obstétrico, o útero encontra-se hipertônico, dolorido á palpação, podendo ou não auscultar os batimentos cardíofetais (SOUZA; CAMANO, 2006).

O tratamento caso o feto esteja vivo, é o parto cesariana, já nos casos onde ocorre morte fetal, a primeira medida é realizar a amniotomia, acelerando as contrações uterinas, sendo antecipado o parto vaginal, em seguida é feito reposição volêmica, e nos casos mais graves, quando apresenta risco de morte materna é feito o tratamento cirúrgico com a histerectomia (BRASIL, 2012).

3.2.3 Diabetes Gestacional

É caracterizada como intolerância à glicose, sendo diagnosticada durante o período gestacional, mas desaparece logo após o parto. O diagnóstico é feito através do exame TTGO-100. Suas complicações são macrossomia, parto cesáreo por distorcia dos ombros, fratura da clavícula ou lesão do plexo braquial e alterações metabólicas no neonato com hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, hipocalcemia e policitemia (BERTINI, 2001).

O tratamento é realizado por meio de dieta para reduzir o consumo de carboidratos e também por exercícios, quando a dieta e o exercício não estão sendo suficientes para atingir os níveis aceitáveis de glicose, essas gestantes começam a receber insulina (REZENDE FILHO, 2008).

3.2.4 Pré - eclampsia e Eclampsia

É uma doença multissistêmica, ocorrendo na maioria das vezes ao final da gestação. Na pré- eclampsia ocorrem manifestações clínicas como hipertensão (PAS \geq 140mmHg e PAS \geq 90 mmHg), proteinúria (300mg\24hs) e ou edema de mãos, face e abdome, já a eclampsia é quando a gestante tem pré-eclampsia e evolui com crise convulsiva (SOARES et al, 2009).

O tratamento na pré-eclampsia é tentar manter a gestação até atingir as 37semanas, para isso a gestante ficará hospitalizada, sendo orientada a manter repouso em decúbito lateral esquerdo, sua dieta será hipossódica e rica em proteínas, fará uso de diuréticos. Na eclampsia o tratamento é interromper a gestação (BRASIL, 2012).

3.2.5 Toxoplasmose

Trata-se de uma zoonose, tendo como causador o *Toxoplasma gondii*, que quando contraída durante o período gestacional, traz um grande risco de acometimento fetal (BRASIL, 2012), como exemplos podemos ter morte fetal, prematuridade, manifestações clínicas como calcificações cerebrais, retinocoroidite e hidrocefalia ou microcefalia (JOINER; DUBREMETZ, 1993).

O parasito *Toxoplasma gondii* foi descoberto concomitantemente no Brasil por Splendore no ano de 1908 em coelhos e na Tunísia por Nicole & Manceaux no mesmo ano em roedores. Então esses pesquisadores preveram que se tratava de um novo protozoário descrito, de ampla distribuição geográfica no reino animal. Desde sua descoberta, até os dias atuais foi encontrado uma extensa relação de espécies infectadas pelo TG entre os mamíferos e aves, incluindo animais domésticos e selvagens criados soltos ou em zoológicos (BERMUDEZ; FRENKEL, 2005).

No ano de 1923 Janku descreveu a primeira infecção humana, onde foi estudado o corpo de uma criança de 11 meses com hidrocefalia e cegueira, no presente estudo foi encontrado evidencias do parasito, que segundo o autor tratava-se de uma infecção de origem congênita. Três anos depois no ano de 1926, Torres descreveu a presença do TG em cortes histológicos do corpo de um recém-nascido

falecido com 29 dias de vida, também mencionando ser uma infecção congênita (AMANTO NETO; MARCHI, 2010).

Pinkerton e Weinman (1940) e Pinkerton e Hendersonmas (1942) foram os primeiros pesquisadores a registrarem a ocorrência em adultos, com os avanços nos estudos, foram desenvolvidos vários testes sorológicos como o teste do corante de Sabin & Feldman (1948), a hemaglutinação por Jacobs e Lunde (1957), imunofluorescência indireta por Kelen e Cols (1962), entre outros. A partir de 1954 Weinman e Chandler cogitaram que a infecção ocorria através da ingestão de carnes mal cozidas, sendo confirmada por Cols e Desmonts em 1965. Mas segundo, RAWAL (1959) também foi detectado a presença de anticorpos em pessoas estritamente vegetarianas (KAWAZOE, 2005).

A toxoplasmose possui características que poucas doenças possuem, como envolver uma vasta gama de disciplinas e campos de pesquisas, e o fato de que mesmo passados 106 anos do seu descobrimento, muitos dos seus aspectos continuam desconhecidos. Ainda não existe um tratamento capaz de desenraizar o parasita do hospedeiro, nem uma vacina com efeitos satisfatórios. (LAGO; PITREZ, 2010).

Os casos de TG na maioria das vezes são assintomáticas ou apresentam sintomas inespecíficos, tendo como diagnóstico o laboratorial, devendo ser pesquisados por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM durante a primeira consulta de pré-natal, com isso será identificado as gestantes suscetíveis, sendo iniciado as medidas de prevenção primarias, com o objetivo de evitar a transmissão fetal, como também iniciar um tratamento caso a contaminação já tenha ocorrido (BRASIL, 2012).

3.2.5.1 Ciclo e Formas de Transmissão

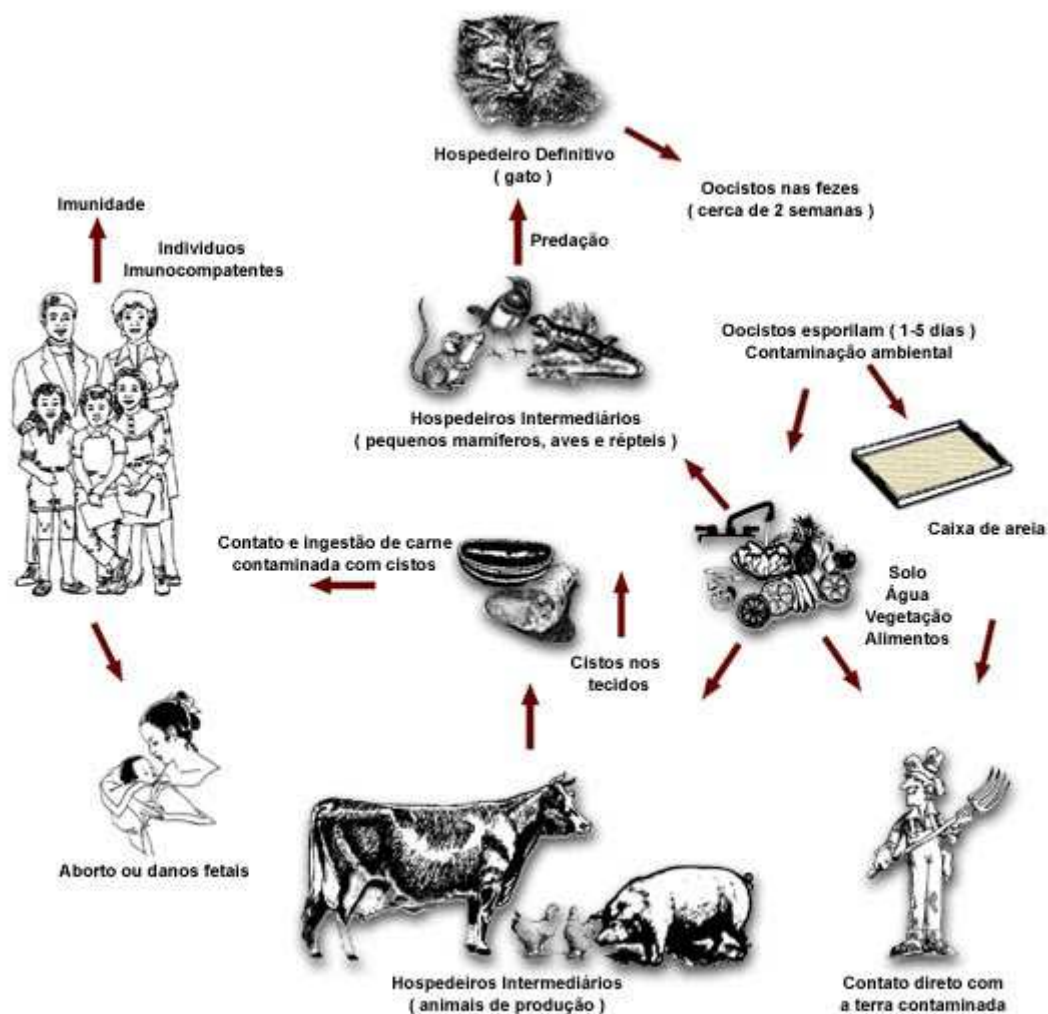
O *Toxoplasma gondii*, agente etiológico da toxoplasmose é um protozoário de distribuição geográfica mundial, segundo estudos realizados no Brasil, a soroprevalência de toxoplasmose na população em geral varia de 40 a 80% (SOBRAL, et al, 2005), chegando a atingir mais de 60% da população em alguns países. Caracteriza-se por uma zoonose, sendo sua infecção muito frequente em várias espécies de animais. Alguns felídeos e os gatos são ditos como hospedeiros

definitivos, já o homem e outros animais são considerados hospedeiros intermediários (NEVES et al, 2001).

No homem a infecção pode ser adquirida por três maneiras:

- Pela ingestão de oocistos do solo, por meio da areia contaminada, verduras cruas, mal lavadas, manejo com lixo e locais onde os gatos possam defecarem, podendo ser transportados através de moscas, baratas e minhocas.
- Ingestão de cistos, presentes em carnes cruas e mal cozidas.
- Infecção transplacentária, acometendo aproximadamente 40% dos fetos de mães que adquirem a primoinfecção durante a gravidez (FIGURA 1).

Figura 1: Ciclo da toxoplasmose



Fonte: PARASITOVET ([2002?])

Também podem ocorrer casos de infecção acidental em laboratórios, em transfusão sanguínea, transplantes de órgãos ou pela reinfecção em decorrência de uma imunodepressão (JUCA et al, 2009).

O TG é um protozoário que pode se apresentar das seguintes formas: esporocistos, taquizóitos e bradizóitos. A contaminação no homem ocorre através da ingestão dos oocistos nos quais são excretados nas fezes dos gatos, sendo levados até os alimentos por meio dos insetos como por exemplo as moscas contaminando os alimentos que serão ingeridos pelo homem. Os oocistos em condições agradáveis transformam-se em esporocistos, que sendo ingeridos penetram no epitélio intestinal e se transformam em taquizoítos podendo infectar todas as células nucleadas fazendo com que ocorra a ruptura das células sendo dispersadas na corrente sanguínea. No período de 7 a 10 dias após a infecção se o organismo responder de forma adequada o TG fica dentro de cistos teciduais, os chamados bradizoítos (MONTEIRO; MOUCHO, [2009]).

Quando o sistema imunológico não consegue responder de forma adequada, os taquizoítas se multiplicam e ao mesmo tempo, pode ocorrer a infecção da placenta, obtendo grandes chances de transmissão vertical. No feto, o parasito se adere as células do sistema fagocítico-mononuclear, originando estruturas chamadas de pseudocistos, espalhando-se por via sanguínea ou linfática, para qualquer órgão ou tecido tendo uma maior predileção pelo sistema nervoso central e olhos (LEBECH, 1996).

A primo-infecção pelo TG geralmente é assintomática (REMINGTON et al, 2001), sendo assim descoberta durante acompanhamento do pré-natal, quando é solicitado exames laboratoriais de marcadores sorológicos (MOZZATO, 2003).

“A infecção materna tem uma incidência de 1 a 14 por 1000, com uma incidência elevada nos países europeus, sendo atualmente a França o país europeu com maior incidência reportada de infecção por TG na gravidez” (GILBERT; PECKHAM, 2002).

A transmissão vertical na maioria dos casos ocorre quando a gestante adquire a infecção pela primeira vez durante a gravidez, mas não se exclui a possibilidade da gestante imunocomprometida que já teve contato prévio com o TG ocorrer uma parasitemia com transmissão vertical, podendo ocorrer também uma reinfecção (WONG; REMINGTON, 1994).

A taxa de transmissão vertical aumenta de acordo com a idade gestacional que e inversamente proporcional a gravidade da doença que diminui com a idade gestacional, sendo respectivamente, cerca de 5% na 12^a semana de gestação chegando a 80% ao final da gestação e 60% nos casos graves na 12^a semana, e apenas 5% no final da gestação (DIMARIO et al, 2009). Quando há diagnóstico precoce e tratamento materno, a infecção fetal pode ser atenuada ou até mesmo prevenida (WONG; REMINGTON, 1994).

3.2.5.2 Medidas Preventivas

De acordo Cook et al, (2000) tanto as gestantes com um potencial risco para contaminação, como as de baixo risco, devem receber orientações sobre os testes sorológicos e também informações sobre medidas profiláticas que possam diminuir os riscos de contaminação por TG. Podendo evitar doença grave, causadora de distúrbios sérios, evitando que a gestante soro negativa converta para soro positiva durante o período gestacional (AMANTO NETO; MARCHI, 2010).

A melhor medida a ser realizada para a prevenção da toxoplasmose congênita é a prevenção primária com orientações a gestantes não reagentes de acordo com os testes IgG e IgM a evitar contato com o parasito. Mesmo sendo difícil eliminar o risco da mulher se infectar com o TG, a prevenção primária diminui consideravelmente as taxas de soro conversão durante a gestação (FOULON; NAESSENS; DERDE, 1994).

A prevenção primária está diretamente relacionada ao conhecimento sobre o que fazer para evitar uma infecção pelo TG. Mulheres grávidas devem evitar o consumo de carnes cruas ou mal cozidas, sendo orientadas a lavar adequadamente as mãos sempre antes das refeições e ao manipular carnes cruas ou terra, água não tratada, leite não pasteurizado e alimentos que fiquem expostos a moscas, formigas, baratas entre outros insetos, como também evitar o contato com gatos, suas fezes, sempre que for manipular a areia do gato pedir para outra pessoa fazer, caso não seja possível utilizar luvas, usar água fervendo para desinfetar a leiteira do gato devendo ser mudada diariamente (COOK et al, 2000).

Essas medidas devem ser enfatizadas durante a gravidez, devendo ser abordados os hábitos e costumes de cada gestante. (COOK et al, 2000). A triagem sorológica e a detecção da infecção tratam-se de uma prevenção secundária

podendo fornecer um tratamento específico para impedir ou pelo menos atenuar a infecção fetal.

A transmissão materno-fetal pode ser evitada se a gestante for tratada precocemente, e as sequelas severas da toxoplasmose congênita podem ser reduzidas, se a infecção fetal for detectada e o tratamento específico iniciado de imediato (CAMARGO, 1995; FOULOM, 1999, apud AMENDOEIRA; CAMILLO-COURA, 2010, p.114).

Já a prevenção terciária é o tratamento do recém-nascido com antimicrobianos para evitar danos clínicos (JONES, 2001).

Na maioria das regiões brasileiras os testes sorológicos são realizados na primeira consulta de pré-natal, porém, não são repetidos durante a gravidez, devendo ser mudado, pois sendo feito periodicamente, haveria a detecção precoce da soro conversão. Um dos problemas é que algumas gestantes só procuram atendimento ao final da gestação geralmente no terceiro trimestre, nesses casos sendo identificado anticorpos maternos específicos, os testes sorológicos difícil identificarão se a infecção foi adquirida durante a gestação (MIORANZA et al, 2008).

Diante do exposto fica evidenciado que a "a triagem sorológica no pré-natal e a vigilância epidemiológica podem ser essenciais para reduzir o risco da toxoplasmose congênita" (SPALDING et al, 2003; MIORANZA et al, 2008, p.115). A triagem sorológica pode ser uma estratégia alternativa para as regiões com baixa prevalência da infecção, mas são indispensáveis para as regiões com elevada prevalência (LAGO et al, 2009). Assim, recomenda-se que mulheres com infecção aguda por TG devem esperar, no mínimo seis meses para engravidarem novamente, já que há uma remota possibilidade da transmissão congênita ocorrer quando a infecção materna foi adquirida pouco tempo antes da concepção (WONG; REMINGTON, 1994).

Com isso fica claro que a redução da toxoplasmose congênita, será fruto da triagem sorológica e das informações passadas sobre medidas de prevenção da toxoplasmose durante as consultas de pré-natal (BASSO; DETANICO, 2006).

3.2.5.3 Sinais e Sintomas

A infecção adquirida durante o período gestacional cursa muitas vezes de forma assintomática (BERMUDEZ, FRENKEL 2005), podendo também ser

confundida como doença gripal leve ou subclínica, tendo como sintomas linfadenopatias cervicais, fadiga, mal estar ou linfocitose atípica (WILSON; SANDE, 2004).

Segundo Santana, Andrade e Moron (2003) relata que os sintomas são inespecíficos como cefaleia, febre, coriza, mialgias, astenia.

Seus sinais e sintomas acometem mais o feto ou o recém-nascido. As infecções precoces nas gestantes podem resultar em comprometimento grave ao feto, tendo como manifestações hepatoesplenomegalia, icterícia, linfadenopatia generalizada, erupções cutâneas, edema dos músculos esqueléticos, miocardite, pneumonite, anemia, trombocitopenia, meningoencefalomielite, prematuridade, malformações fetais, sendo essas manifestações pouco observadas, pois acontecem no período intra-uterino, levando a morte fetal e abortamento espontâneo. No entanto as sequelas mais presentes e severas são conhecidas como a téttrade de Sabin, onde o feto apresenta hidrocefalia ou microcefalia, retinocoroidite bilateral, macular ou perimacular, calcificações cerebrais e retardo mental ou perturbações neurológicas. Geralmente regride as alterações viscerais e permanecem as neurooculares (MONTROYA, 2004).

3.2.5.4 Diagnóstico

O diagnóstico clínico é praticamente impossível de ser realizado, dependendo de testes sorológicos, mas o TG também pode ser identificado através de exames histopatológicos, fluidos corporais, isolamento de cultura (JUCA, 2009).

O primeiro teste disponível foi o de Sabin-Feldman, é ainda hoje considerado teste de referência pois possui grande sensibilidade e especificidade. Porém, pouco utilizado pois depende dos toxoplasmas vivos (COUTINHO; VERGARA, 2005).

Durante a primeira consulta de pré-natal, quando são solicitados os exames laboratoriais, entre eles estão IgG e IgM, sendo os primeiros a detectarem a infecção (MOZZATO, 2003).

O teste de anticorpos IgM específico, mostra se a infecção foi adquirida recentemente ou se é uma infecção mais antiga, pois o soro mostra-se não reagente com o passar dos meses, podendo não ser encontrado após o terceiro mês depois da infecção. Já a pesquisa de anticorpos IgG específico pode ser detectado pelos testes imunofluorescência indireta, pela reação de Sabin-Feldman, pelo teste de

hemaglutinação indireta e pela reação de fixação do complemento. Sempre que comparado duas amostras do soro da paciente, sendo processado simultaneamente com intervalos de três semanas, e os resultados forem altos isso significa infecção aguda (COUTINHO; VERGARA, 2005).

Posteriormente quando o teste IgM for positivo e solicitado o teste de avidéz IgG, sendo utilizado para auxiliar a determinação da fase recente da passada, quando a avidéz de IgG possuir um valor aumentado, e considerado fase crônica da doença e os testes de baixa avidéz e considerada fase aguda (MONTROYA, 2004).

3.2.5.5 Tratamento

O tratamento da toxoplasmose na gestação ainda é controverso, pois as medicações além de tóxicas se usadas por um período longo, só atuam contra os taquizoítos e não contra os cistos, ou seja só atuam na fase aguda e não na fase crônica da doença (KAWAZOE, 2005).

Nas gestantes com suspeitas de infecção por TG sendo adquirida durante a gestação, são tratadas imediatamente com espiramicina 500-1000mg por via oral de seis em seis horas ou de oito em oito horas e clindamicina 300-600mg por via oral a cada seis horas, durante toda a gravidez (JUCA et al, 2009) para evitar que ocorra a transmissão vertical. Dando continuidade deve ser investigado a infecção do feto pelo protozoário, se for confirmada a infecção o tratamento específico da mãe com pirimetamina, sulfadiazina e ácido fólico deverá ser considerado. (MONTROYA; REMINGTON, 2008). As doses recomendadas são pirimetamina (daraprim) sendo administrados por via oral, na dose de 75 a 100mg, durante 10 dias, reduzindo para 50mg, por mais 10 dias e, depois, 25mg diariamente, em associações com as sulfadiazina (Fansidar), a dose recomendada e de 100 a 125mg/kg de peso do paciente por dia, dividida em quatro doses por via oral. Sendo necessário manter o controle dos pacientes pelo menos duas vezes por semana, como exames de sangue completos, tendo em vista que a pirimetamina e um antifólico, podendo deprimir a atividade da medula óssea, neste caso será administrado ácido fólico (nunca ácido fólico, pois anula a ação terapêutica) na dose de 2 a 10mg por dia. (REY, 2002). Quando a infecção fetal não for confirmada o tratamento com espiramicina deverá continuar durante toda a gestação. Embora o tratamento seja controverso, tem sido observado uma diminuição da transmissão vertical e uma

diminuição da gravidade das manifestações clínicas nos recém-nascidos (MONTROYA, 2004).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa.

Segundo Andrade (2010), pesquisa exploratória, proporciona maiores informações sobre determinado assunto; define os objetivos ou formula as hipóteses de uma pesquisa ou descobre novo tipo de enfoque para o trabalho que se tem em mente.

De acordo com Gil (2009), a pesquisa descritiva tem como objetivo, definições de características de população específica ou o estabelecimento das relações entre variáveis, tendo como característica técnicas padronizadas de coleta de dados.

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. (SILVEIRA; CORDOVA, 2009).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade Básica de cada região do Município de Mossoró. Ficando assim distribuído em:

- Zona Norte: UBS DR. Moises Costa Lopes;
 - Zona Sul: UBS Vereador Lahyre Rosado;
 - Zona Central: UBS Antônio Camilo;
 - Zona Leste: UBS DR. Eptácio da Costa Carvalho;
- Zona Oeste: UBS DR. José Leão.

Foram utilizados como critério de escolha, a localização, pois estão situadas uma em cada zona do município de Mossoró, possuem uma equipe de estratégia de saúde da família, que de acordo com a atenção básica localizada no centro administrativo de Mossoró tiveram em média de 15-50 atendimentos ao mês a gestantes no último ano.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde do município de Mossoró. Segundo Gil (2007), população é denominada o conjunto de elementos que possuem características definidoras.

A amostra foi composta por 100 gestantes atendidas nas unidades escolhidas representando cada região. Para validação da amostra, os critérios de inclusão da pesquisa foram: gestantes de qualquer idade gestacional, com idade entre 14 e 45 anos, com consulta de pré-natal agendados em datas pré-estabelecidas, concordar em participar, responder ao formulário e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e teve como critérios de exclusão: as gestantes que faltarem à consulta do pré-natal na data agendada, aquelas que possuam idade inferior a 14 anos e superior a 45 anos, aquelas que não aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, ou que possuam algum tipo de déficit cognitivo que limitasse a compreensão do formulário.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta de dados foi um formulário, dividido em duas partes: a primeira parte está relacionada os dados social e gestacional das entrevistadas, e na segunda parte está relacionada ao conhecimento sobre transmissão e prevenção da toxoplasmose e verificar as informações passadas pelos profissionais de saúde sobre a toxoplasmose na gestação, permitindo as participantes responder livremente usando linguagem própria.

De acordo com Marconi e Lakatos (2010), Formulário é um dos instrumentos essenciais para investigação social cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para que a coleta de dados fosse realizada, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança onde foi avaliado, posteriormente aprovado e só então liberado para ser realizado com a permissão do participante da pesquisa em concordar e assinar o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde são informados os objetivos da pesquisa, a importância de sua participação, a garantia do anonimato, a desistência em participar a qualquer momento da pesquisa sem sofrer nenhum dano, e outras informações pertinentes.

A coleta foi feita após a aprovação do comitê de ética e pesquisa a partir dos dados obtidos através dos formulários entre os meses de outubro e novembro do ano 2014 no período da manhã e tarde, de segunda a sexta visto que este representa o melhor horário para conversar com as gestantes devido ao horário das consultas agendadas na UBS.

4.6 ANÁLISES DOS DADOS

Após a aprovação pelo CEP da FACENE, os dados com enfoque quantitativo foram tabulados em planilha eletrônica do tipo Excel e transferidos para o programa estatístico SPSS v.21, o qual foram expressos em frequência simples e porcentagem.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE via Plataforma Brasil (CAAE: 34221014.9.0000.5179), conforme certidão em anexo.

Assim, no decorrer de todo o processo de elaboração e construção foram observados os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde especialmente no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ou seja, os aspectos éticos da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012) (APÊNDICE A) garantindo o anonimato dos depoentes e sigilo das informações confidenciais.

Ainda foi levado em consideração a Resolução do COFEN 311/07 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem sob os aspectos éticos contemplados no capítulo III – do ensino, da pesquisa e da produção técnico – científica (COFEN, 2007).

Conforme os aspectos legais, propostos pela resolução 466/12, de proteção aos seres humanos, que os benefícios superam os riscos da pesquisa e serão

entendidos que os riscos oferecidos aos participantes estão relacionados ao constrangimento das gestantes em responder as perguntas e o benefício será o de auxiliar no conhecimento das gestantes sobre a toxoplasmose e a importância da prevenção, dessa forma os benefícios superam os riscos da pesquisa, visto que estes são mínimos.

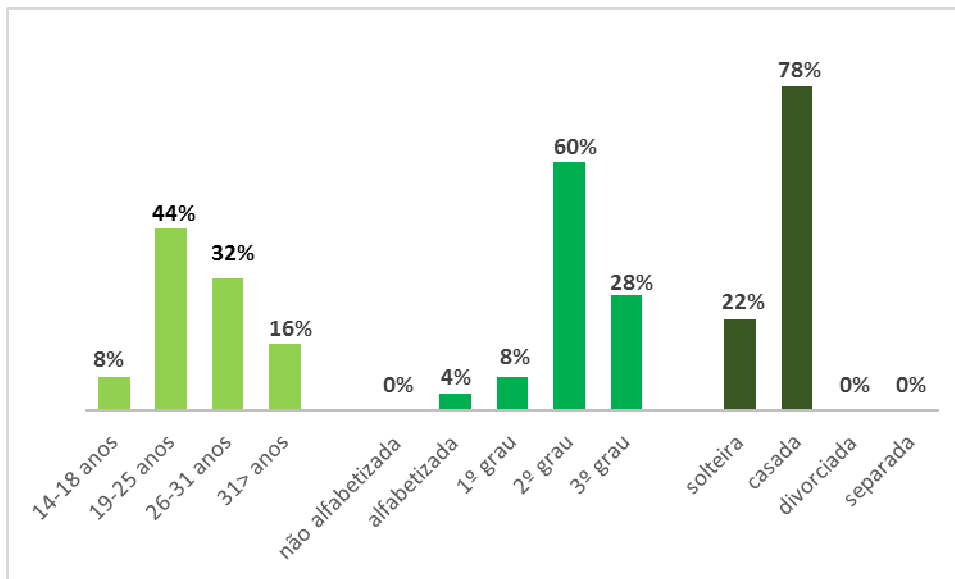
4.8 FINANCIAMENTO

Os custos para realização da pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró\RN, teve uma contribuição em disponibilizar as referências contidas em sua biblioteca, seus computadores e conectivos, bem como a orientadora, bibliotecária e a banca examinadora.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados estão expostos na forma de gráficos seguidos da análise e discussão a partir da literatura existente, como forma de favorecer o entendimento dos resultados obtidos.

Gráfico - 1: Caracterização das participantes da pesquisa segundo faixa etária, escolaridade e estado civil. Mossoró/ RN



Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Os dados obtidos nos fornecem informações quanto à proporção de indivíduos relacionada à faixa etária, onde se observa 8% com idades de 14 a 18 anos, 44% com idades entre 19 a 25 anos, 32% com idades entre 26 a 31 anos e 16% com idades acima de 31 anos.

Onde o maior índice de reprodução está entre 19-25 anos, de acordo com Varela (2003) este constitui um grupo populacional de grande importância para a sociedade em termos sociais, políticos e econômicos.

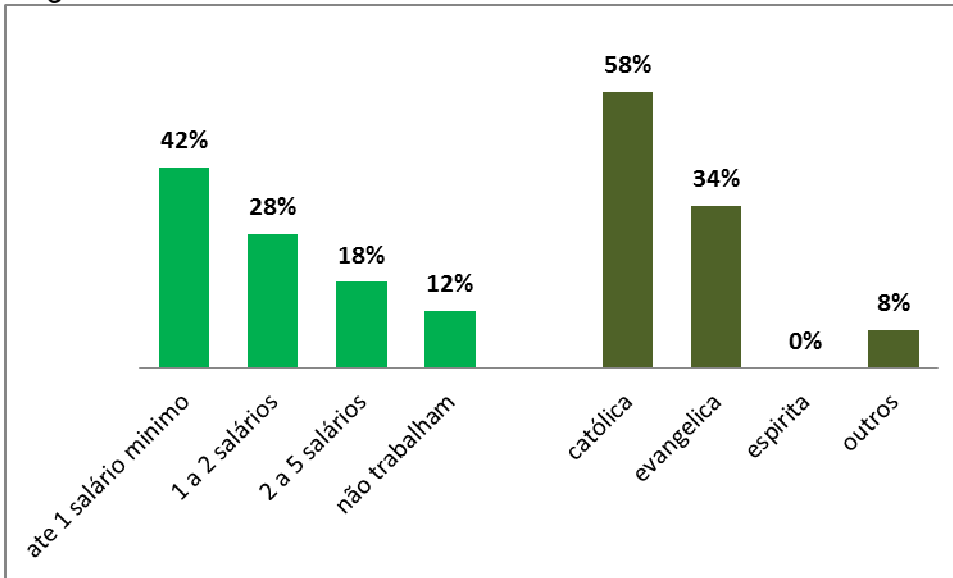
Quanto ao nível de escolaridade observa-se que, 4% são alfabetizadas, 8% das entrevistadas possuem o 1º grau completo, 60% possuem o 2º grau completo e 28% possuem o 3º grau completo.

Varela et al (2003), relatou que o maior nível de escolaridade materna foi identificado como um fator de proteção para toxoplasmose.

Quanto ao estado civil observa-se que 22% das entrevistadas são solteiras e 78% são casadas. Segundo Costa (2011), a participação do homem no período

gestacional, e de essencial importância, dando uma expressiva contribuição ao equilíbrio afetivo do casal.

Gráfico – 2: Caracterização das participantes da pesquisa segundo renda familiar e religião. Mossoró/RN.

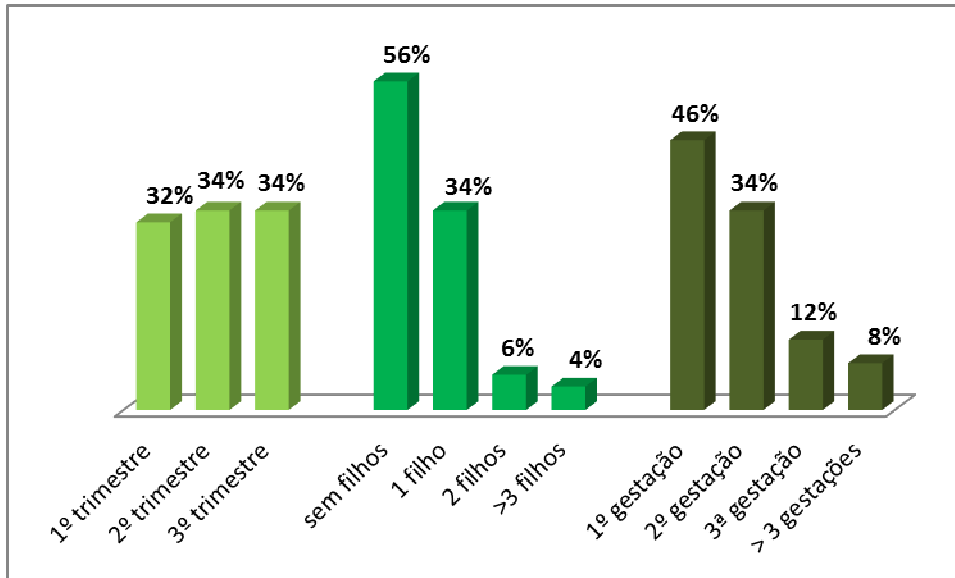


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quanto a renda familiar, 42% recebem até 1 salário mínimo, 28% recebem de 1 a 2 salários mínimos, 18% recebem entre 2 e 5 salários mínimos e 12% não estavam trabalhando ou não possuíam nenhum tipo de renda.

No tocante a religião das participantes entrevistadas 58% eram católicas, 34% evangélicas, 8% tinham outra religião ou não praticavam. A religião é de fundamental importância para a sociedade, pois dela absorvemos valores morais e éticos (VILA NOVA, 2004).

Gráfico – 3: Idade gestacional, número de filhos e número de gestações das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Segundo as gestantes entrevistadas 32% encontravam-se no 1º trimestre, 34% no 2º trimestre e 34% no 3º trimestre.

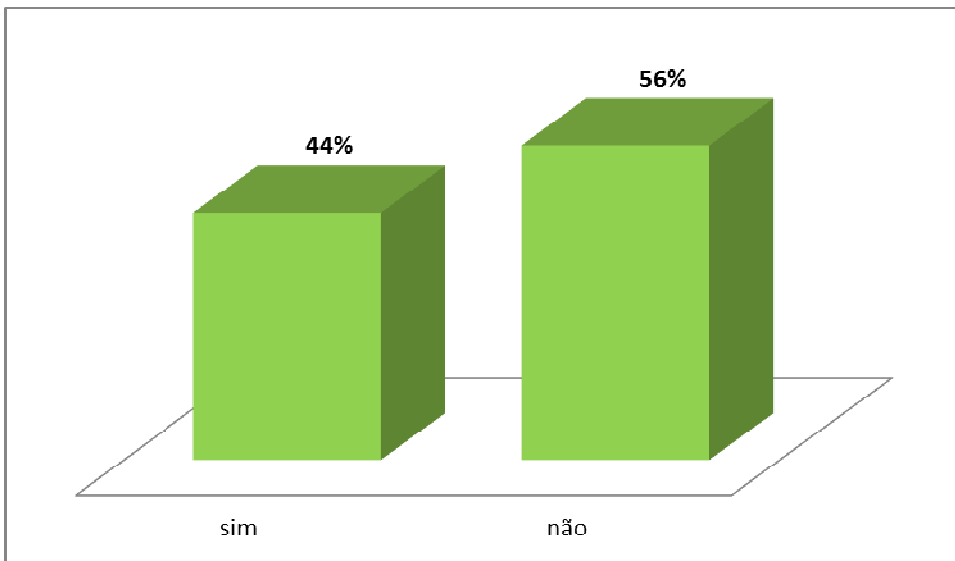
No Brasil, o Ministério da Saúde, orienta a realização de exames sorológicos durante o acompanhamento pré-natal. As gestantes são submetidas a determinados tipos de exames laboratoriais, principalmente no primeiro e terceiro trimestre da gravidez (BRASIL, 2012), por isso a importância de se iniciar o acompanhamento de pré - natal o mais cedo possível, podendo assim, tratar a toxoplasmose ou até mesmo identificar se houver uma soro conversão.

Quanto a quantidade de filhos, 56% informaram estar na sua primeira gestação, 34% tem apenas um filho, 6% tem dois filhos e 4% tem três ou mais filhos.

Das gestantes entrevistadas 46% encontravam-se na 1ª gestação, 34% na 2ª gestação, 12% na 3ª gestação e 8% ultrapassavam da 3ª gestação.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2002), mulheres com maior nível de escolaridade tem menos filhos, pois quanto menor o grau de instrução, maior será sua descendência, neste sentido o gráfico 01 confirma a informação citada a cima, quando mostra que 60% das entrevistadas tinham concluído o 2º grau.

Gráfico – 4: Conhecimento sobre a toxoplasmose das gestantes entrevistadas. Mossoró/RN.

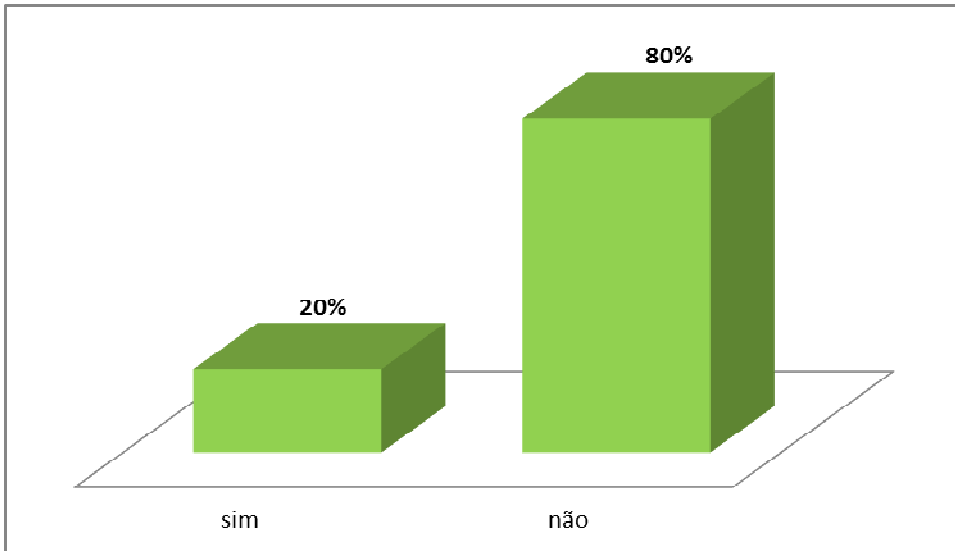


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Ao serem abordadas sobre a toxoplasmose, 44% responderam que sim e 56% não sabiam da existência da doença. Esse gráfico revela que ainda é pouca a divulgação e informações sobre toxoplasmose de um modo geral, apesar de ser uma doença considerável no cenário nacional.

O conhecimento sobre toxoplasmose era ínfimo, identificado pela afirmação “doença que tem na urina do gato”. As demais informações referidas se reportavam exclusivamente ao hospedeiro definitivo, mas nenhuma orientação sobre a prevenção foi mencionada (COSTA, 2011).

Gráfico – 5: Referente ao conhecimento sobre as formas de transmissão da toxoplasmose. Mossoró/RN.

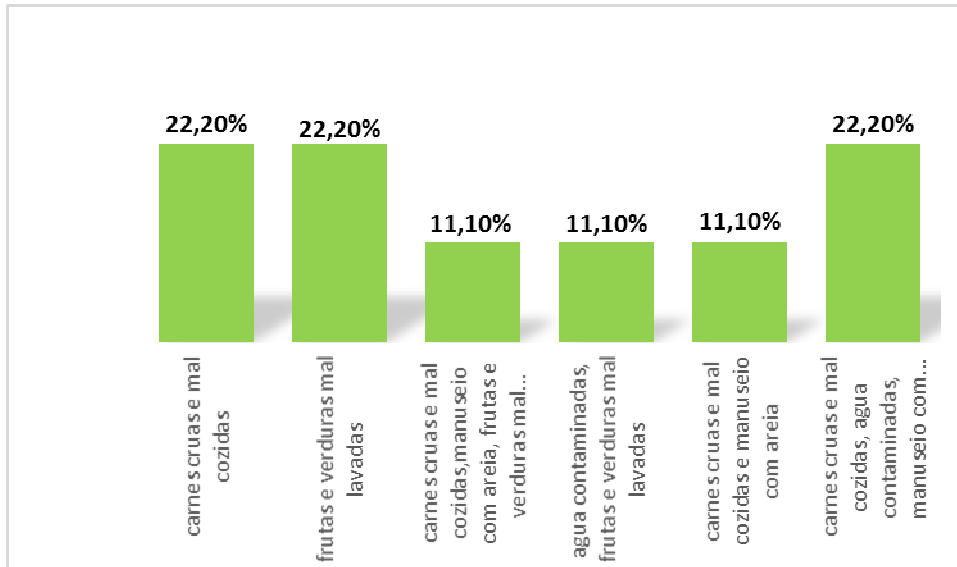


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quando questionadas sobre os meios de transmissão da toxoplasmose, 20% responderam que sim, conheciam os meios de transmissão e 80% que não conheciam. Esses dados chamam atenção para o risco dessas gestantes em não conhecerem os meios de transmissão da toxoplasmose, pois sem essa informação a prevenção torna-se inviável e difícil.

Este resultado corrobora com Costa (2011), onde foi observado que as gestantes entrevistadas não têm conhecimento profundo da doença, apenas superficial, por isso as divergências, onde mesmo as que afirmaram conhecer a toxoplasmose, não sabiam informar os meios de transmissão.

Gráfico – 6: Relacionado sobre o conhecimento dos meios de transmissão da Toxoplasmose. Mossoró/RN.

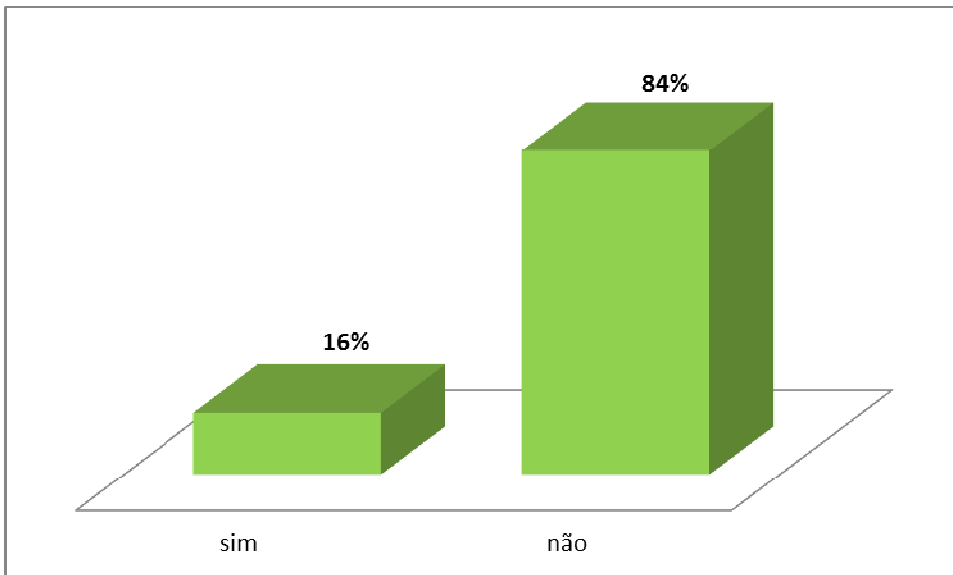


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Referente aos modos de transmissão, 11,1% das gestantes responderam que essa transmissão se dá por consumo de carnes cruas, mal cozidas e manuseio com areia, 11,1% água contaminada, frutas e verduras mal lavadas, 11,1% carnes cruas, mal cozidas, manuseio com areia e frutas e verduras mal lavadas, 22,2% responderam apenas frutas e verduras mal lavadas, 22,2% carnes cruas e mal cozidas e 22,2% carnes cruas, mal cozidas, água contaminada, frutas e verduras mal lavadas e manuseio com areia. Sendo assim, percebe-se que a grande maioria das entrevistadas tem um conhecimento restrito sobre as diversas formas de transmissão da toxoplasmose

A transmissão pode ocorrer pela ingestão do parasita em qualquer um dos estágios de infecção. Pode ocorrer através da ingestão de oocistos presentes nas fezes do gato, contaminando o solo, caixas de areia, água e alimentos (como frutas e verduras); ingestão de cistos teciduais presentes na carne crua, ou mal cozida de animais contaminados; ou através de taquizoítos presentes em órgãos transplantados, sangue contaminado, como na transfusão sanguínea (PÔRTO, 2005) ou leite não pasteurizado (HIRAMOTO et al., 2001).

Gráfico – 7: Relacionado ao conhecimento sobre as formas de prevenção da toxoplasmose. Mossoró/RN.

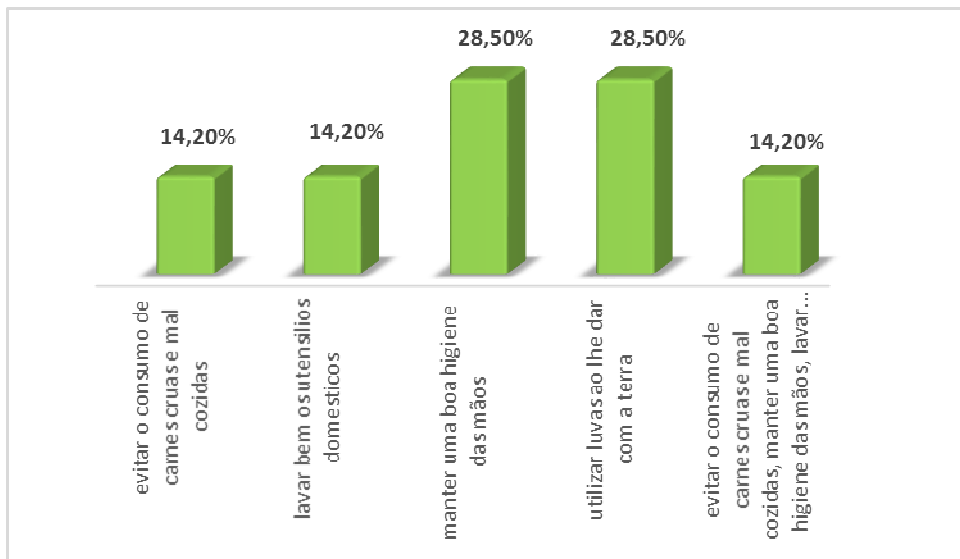


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quando questionadas sobre as formas de prevenção da toxoplasmose, 16% responderam que sim conheciam as formas de prevenção e 84% responderam que não tinham conhecimento algum. Esse gráfico fica ainda evidenciado nos anteriores, pois se não conhecem os meios de transmissão, fica difícil desenvolver medidas preventivas.

O estudo demonstra o desconhecimento das gestantes sobre as medidas preventivas para a toxoplasmose, o que segundo Costa (2011), demonstra a necessidade de uma orientação a este grupo sobre a doença, devidamente realizada por profissionais de saúde.

Gráfico – 8: Relacionado ao conhecimento dos meios de prevenção da toxoplasmose. Mossoró/RN.

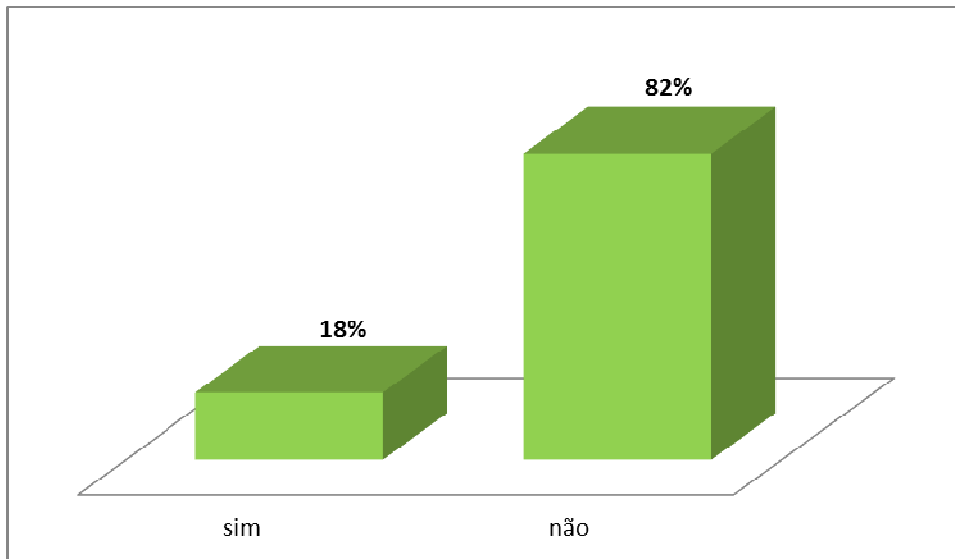


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quando questionadas sobre as medidas de prevenção pra toxoplasmose, 14,2% responderam evitar o consumo de carnes cruas e mal cozidas, 14,2% responderam lavar bem os utensílios domésticos, após o manuseio de carnes, 28,5% opinaram por manter uma boa higiene das mãos, 28,5% acham que seria utilizar luvas ao lhe dar com a terra e 14,2% responderam que evitar o consumo de carnes cruas, mal cozidas, manter uma boa higiene das mãos, lavar bem os utensílios domésticos, após o manuseio de carnes, utilizar luvas ao lhe dar com a terra e evitar beber leite não pasteurizado se configuram como medidas de proteção.

Os principais meios de prevenção da toxoplasmose são através de medidas higiênicas e alimentares; como lavar bem os alimentos, principalmente frutas, alface e vegetais frescos, evitar leite não pasteurizado, não comer carne crua (BOWMAN, et al., 2006); consumir somente água filtrada (BIRCHARD; SHERDING, 2008); remover as fezes do gato adequadamente e usar luvas para jardinagem (URQUHART, et al., 1998).

Gráfico – 9: Relacionado às informações passadas sobre toxoplasmose durante a gestação. Mossoró/RN.

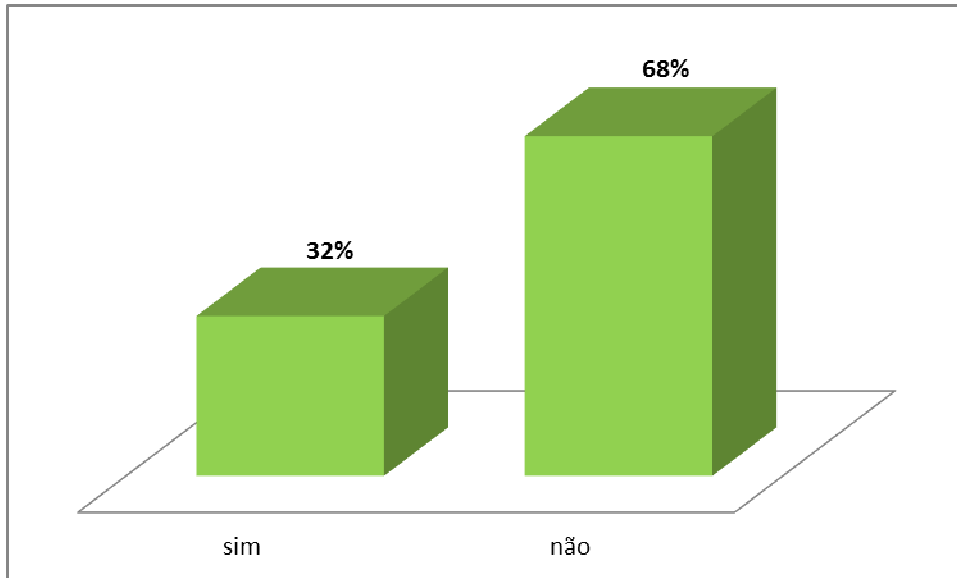


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quando questionadas se durante a gestação foram passadas as devidas informações sobre a toxoplasmose, 18% responderam que sim e 82% responderam que não tiveram nenhuma informação sobre a toxoplasmose. Assim, percebe-se um hiato nas informações fornecidas durante o pré-natal, o que reforça a necessidade de educação em saúde ao nível individual e coletivo.

O estudo identificou que as gestantes, na sua maioria não receberam nenhum tipo de informação relacionada à toxoplasmose durante o pré-natal, evidenciando um alto risco de contrair a infecção (COSTA, 2011).

Gráfico – 10: Relacionado a realização do exame de toxoplasmose durante a gestação. Mossoró/RN.



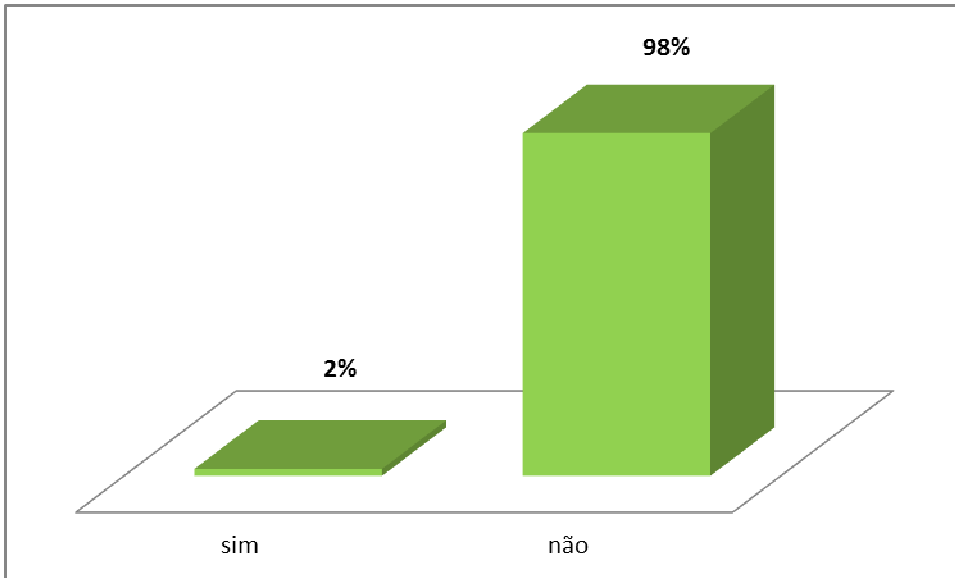
Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quando questionadas sobre a realização do exame de toxoplasmose durante a gestação, cerca de 32% disseram que sim e 68% relatam nunca terem feito esse exame.

Foi constatado, contudo, que a solicitação da sorologia é rotina em todos os serviços investigados, porém não é feito nenhum tipo de trabalho de educação em saúde voltado para esta doença, e muitas gestantes desconhecem que estão sendo testadas para toxoplasmose e sobre a importância da sorologia.

Esse dado comprova que algumas gestantes não estão sendo informadas sobre a testagem sorológica para toxoplasmose, podendo gerar angústias e sentimentos depressivos perante de resultados positivos (SANTANA, 2007).

Gráfico – 11: Relacionado a ocorrência da toxoplasmose durante a gestação. Mossoró/RN.

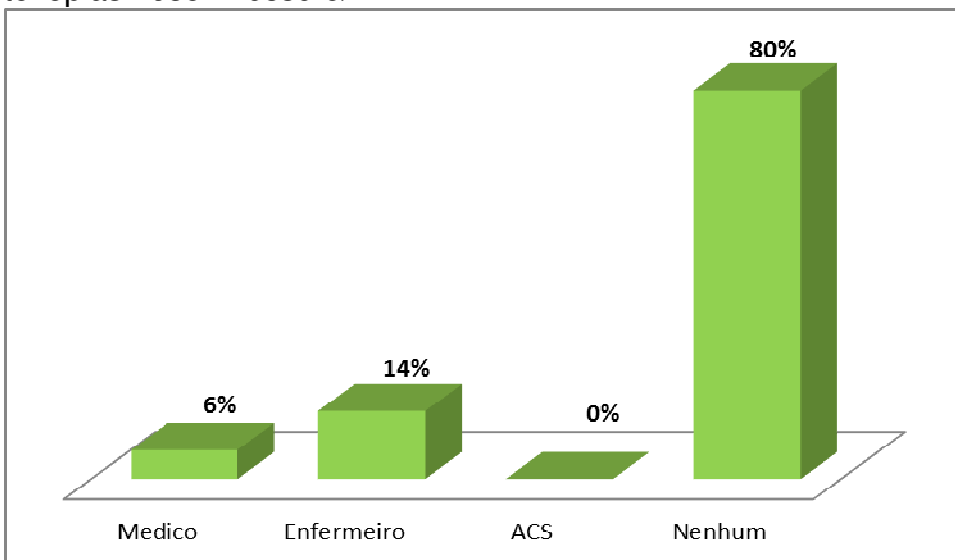


Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Sobre o diagnóstico em sua gestação, 2% responderam que sim, já tiveram o contato com a toxoplasmose e 98% responderam que não tiveram contato com a toxoplasmose.

Sendo observado que a maioria das participantes da pesquisa não tinham sequer conhecimento da existência desse exame.

Gráfico – 12: Relacionado a quais profissionais passaram informação sobre toxoplasmose. Mossoró/RN.



Fonte: Pesquisa de campo (2014).

Quando questionadas qual profissional passou a informação, 6% relatou ter sido informada por profissionais médicos, 14% por profissionais de enfermagem e 80% por nenhum. Esse dado revela uma lacuna importante no atendimento à gestante, pois a maioria não obteve nenhuma informação.

Entretanto, vários estudos evidenciam que as gestantes não são aconselhadas de forma completa e adequada pelos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal (CADEMARTORI; FARIAS; BROD, 2008), o que demonstra a importância da formação desses profissionais de modo que possam aconselhar corretamente as gestantes sobre os comportamentos de risco e as formas de prevenção da toxoplasmose.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A toxoplasmose se configura como uma zoonose bastante prevalente em todo o mundo podendo gerar um quadro clínico grave em gestantes e conceptos. Tal patologia possui várias vias de transmissão, como por ingestão de água e alimentos contaminados com oocistos, transfusão sanguínea e transmissão vertical, sendo que essa última se torna de mais fácil ocorrência quando acomete pela primeira vez a gestante durante a gravidez.

No Brasil, sorologia para toxoplasmose está presente na rotina de exames preconizados pelo Ministério da Saúde durante o pré-natal. Contudo, é válido ressaltar que além dessa medida se faz relevante a conscientização das gestantes em relação a essa doença, seja mostrando as formas de contágio, prevenção ou mesmo suas consequências para mãe e filho isso porque, quanto mais instruídas são as gestantes menores são os índices de toxoplasmose gestacional.

Os dados colhidos e analisados permitem inferir que apesar de um número considerável das gestantes afirmarem deter conhecimentos a cerca da toxoplasmose 44% nos questionamentos subsequentes foi notório que a qualidade desse conhecimento necessita em muito ser melhorado.

O estudo evidenciou que 80% das gestantes afirmaram desconhecer as formas de transmissão da toxoplasmose. Esse dado foi confirmado quando ao serem questionadas sobre meios específicos de transmissão (consumo de carnes cruas, mal cozidas, manuseio com areia, ingestão de água contaminada, frutas e verduras mal lavadas) foi notório que essas mulheres detêm um conhecimento fragmentado por terem relacionado apenas algumas das possibilidades de contágio.

Em relação as formas de prevenção, os dados foram mais alarmantes pois, 84% das gestantes afirmaram desconhecer tais formas. É válido ressaltar que esse estudo mostrou uma deficiência na transmissão de informação acerca da toxoplasmose por parte dos profissionais de saúde já que 82% das entrevistadas relataram não terem recebido nenhuma informação sobre a toxoplasmose durante a gestação. Esse dado foi reafirmado já que apesar da solicitação da sorologia para toxoplasmose ser de rotina em todos os serviços investigados apenas 32% delas disseram que realizaram tal exame quando questionadas.

O presente estudo revelou ainda que 6% das gestantes relatam ter sido informadas acerca da toxoplasmose por profissionais médicos, 14% por profissionais

de enfermagem e 80% por nenhum desses. Assim sendo, fica evidente que os diversos profissionais da saúde atuantes nas UBSs estudadas necessitam melhorar as suas abordagens sobre a toxoplasmose nas gestantes ali atendidas.

Mediante tudo que se precede, infere-se que este estudo traz como contribuição para o serviço de saúde a evidência de que o conhecimento das gestantes atendidas nas UBSs analisadas no município de Mossoró-RN relativo a toxoplasmose é superficial e que é preciso uma intensificação de ações de conscientização dessas gestantes a respeito dessa patologia, por parte de todos os profissionais da saúde atuantes em tais unidades, para que detendo o conhecimento sobre os meios de transmissão e prevenção dessa doença, haja uma melhora na prevenção da toxoplasmose durante a gestação.

REFERÊNCIAS

- AMARO, R. D. E. **Qualidade em obstetrícia: Complicações pós-parto e readmissões.** 2012. 98f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) - Universidade Nova de Lisboa Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2012.
- AMATO NETO, V; MARCHI, C. R.. Toxoplasmose. In: CIMERMAN, B; CIMERMAN, S. **Parasitologia humana e seus fundamentos gerais.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- AMENDOEIRA, M. R. R; CAMILLO-COURA, L. F. Uma breve revisão sobre toxoplasmose na gestação. **Sci. Med.**, v. 20, n. 1, p. 113-119, 2010.
- AMENDOEIRA, M. R. R; DA COSTA, T; SPALDING, S. M. Toxoplasma gondii Nicolle & Manceaux, 1909 (Apicomplexa: Sarcocystidae) e a Toxoplasmose. **Revista Souza Marques**, v. 1, n. 1, p. 15-35, 1999.
- ANDRADE, M.M. **Introdução a metodologia do trabalho científico.** 10.ed. São Paulo: atlas, 2010.
- BARROS, S.M.O; SILVA, T.R.S.R. Saúde materna e fetal. In: BARROS, S.M.O. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a pratica assistencial.** 2ed.São Paulo: Roca, 2009
- BERTINI, A.M. Diabetes mellitus e gravidez. In: BENZECRY, Roberto (Edit.). **Tratado de obstetrícia.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001
- BEVERLEY, J. K. A. A new look at infectious diseases. Toxoplasmosis. **Br Med J.**, v. 2, p. 475-8, 1973.
- BIRCHARD, S. J.; SHERDING, R. G. **Manual Saunders: Clínica de Pequenos Animais.** 3ed. São Paulo: Editora Roca LTDA, p.223-229, 2008.
- BOWMAN, D. D. et al. **Parasitologia Veterinária de Georgis.** 8ed. Barueri/SP: Editora Manole LTD, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré natal de baixo risco.** Brasília, 2012. (Caderno de atenção básica, n.32)
- BRASIL. Ministério da saúde. Resolução 466/12. **Aprovada as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: MS, 2012.
- CADERMATORI, B.G.; FARIAS, N.A.R.; BROD, C.S. Soroprevalência e fatores de risco à infecção por Toxoplasma gondii em gestantes de Pelotas, sul do Brasil. **Revista Panamericana de Infectologia**, v.10, n.4, p.30-35, out-dez, 2008.
- CAMARGO, M. E. Alguns aspectos atuais do diagnóstico de laboratório da toxoplasmose. **An Acad Nac Med.**, v.155.p.236-239, 1995.

CARVALHO, L. H. de. **Avaliação do conhecimento das gestantes sobre toxoplasmose em uma unidade de atendimento obstétrico da cidade de Formiga/ MG.** 62f. Monografia (Graduação em Medicina Veterinária) – Centro Universitário de Formiga, Formiga, 2011.

COOK, A. J. et al. Sources of Toxoplasma infection in pregnant women: European multicentre case-control study. European Research Network on Congenital Toxoplasmosis. **BMJ**, v. 321, p.142-147, 2000.

COSTA, F. F. **Conhecimentos e atitudes das gestantes adolescentes em relação á toxoplasmose em fortaleza Ceará.** 102f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Edson Queiroz, Fortaleza, 2011.

COUTINHO, S.G; VERGARA, T.R.C. Toxoplasmose. In: COURA, J. R. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

DE CARLI, G. A. **Parasitologia Clínica:** seleção e técnicas de laboratório para diagnóstico de parasitoses humanas. São Paulo: Atheneu, 2001.

DESMONTS, G; COUVREUR, J. Congenital toxoplasmosis: a prospective study of 378 pregnancies. **The New England Journal of Medicine**, v. 290, p.1110-1116, 1974.

DETANICO, L; BASSO, R. M. C. Toxoplasmose: perfil sorológico de mulheres em idade fértil e gestantes. **Rev. bras. anal. Clin.**, v.38, n.1, p. 15-18,2006.

DIMARIO, S. et al. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. **Cochrane Database Syst.**, n.1, 2009.

DRESSEN, D.W. Toxoplasma gondii infections in wildlife. **Journal of the American Veterinary Medical Association** , v.196, p.274-276, 1990.

FERREIRA, F. G. **Aspectos culturais relacionados à gestação, parto e puerpério e sua importância para as estratégias de educação em saúde:** uma levantamento bibliográfico. 16f. 2011. Monografia – (Especialização em Atenção básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.

FERREIRA, W. A. **Diagnóstico Laboratorial das Principais Doenças Infecciosas e Auto-ímmunes.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

FIGUEIRO-FILHO, E.A. et al. Toxoplasmose aguda: estudo da freqüência, taxa de transmissão vertical e relação entre os testes diagnósticos materno-fetais em gestantes em estado da Região Centro-Oeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, vol. 27, n.8, Ago. 2005.

FOULON, W; NAESSENS, A; DERDE, M.P. Evaluation of the possibilities for preventing congenital toxoplasmosis. **Am J Perinatol.**, v.11,p.57-62, 1994.

FRENKEL, J.K; BERMUDEZ, J. E. V. Toxoplasmose. In: FOCACCIA, R. (Edit.). **Tratado de infectologia**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

GIL, A. C. **Metodos e técnicas de pesquisa social**. 5ed. São Paulo: atlas, 2007.

GIL, A.C. **Metodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. São Paulo: atlas, 2009.

GILBERT, R. E; PECKHAM,C. S. Congenital toxoplasmosis in the United Kingdom: to screen or not to screen?. **J Med Screen** , v.9, p.135,2002.

HIRAMOTO, R. M. et al. Infeciosidade de cistos de *Toxoplasma gondii* ME-49 em leite bovino e queijo caseiro. **Revista Saúde Pública**, v. 35 n.2, p.113-118, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Síntese de indicadores sociais 2002**. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/12062003indic2002.shtm> Acesso em 10 nov. 2014.

JOINER, K. A.; DUBREMETZ, J.F. *Toxoplasma gondii*: a protozoan for the nineties. **Infect Immun.**, v.61, p.1169-1172, 1993.

JONES, J. L. *Toxoplasma gondii* infection in the United States: seroprevalence and risk factors. **Am J Epidemiol.**, v.154.p.357-365, 2001.

JUCA, M. et al. Toxoplasmose. In: HINRICHSEN, S. L. **DIP: Doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

KAWAZOE, U. *Toxoplasma gondii*. In: NEVES, D.P. et al. **Parasitologia humana**.11ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

LAGO, E. G et al. Congenital toxoplasmosis: late pregnancy infections detected by neonatal screening and maternal serological testing at delivery. **Paediatr Perinat Epidemiol**.v.21.p.525-531, 2007.

LAGO, E. G; PITREZ, P. M. C. Toxoplasmose, interdisciplinaridade e geografia. **Sci Med**. v. 2010, n.1, p.3-4.

LAGO, E.G et al. Screening for *Toxoplasma gondii* antibodies in 2,513 consecutive parturient women and evaluation of newborn infants at risk for congenital toxoplasmosis. **Sci Med**.v.19,p.27-34, 2009.

LEBECH, M. et al. Classification system and case definitions of *Toxoplasma gondii* infection in immunocompetent pregnant women and their congenitally infected offspring. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**, v. 15, n. 10, p. 799-805, 1996.

LOGAR, J. et al. Prevention of congenital toxoplasmosis in Slovenia by serological screening of pregnant woman. **Scand J Infect Dis**.v.34.p.201-204, 2002.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: atlas, 2010.

MARGONATO, F. B. Toxoplasmose na gestação: diagnóstico, tratamento e importância de protocolo clínico. **Rev Bras Saude Mater Infant.**, v.7.p.381-386, 2007.

MIORANZA, S.L et al. Evidência sorológica da infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii* em gestantes de Cascavel, Paraná. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v.41, p.628-634, 2008.

MONTEIRO, S; MOUCHO, S. Toxoplasmose e gravidez. [2009]. Disponível em: <http://www.spom.pt/Toxoplasmose_e_Gravidez.pdf>. Acesso em: 02. Fev. 2014.

MONTOYA, J.G. *Toxoplasma gondii*. In: WILSON, W. R; SANDE, M. A. **Doenças infecciosas**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MONTOYA, J.G; REMINGTON, J.S. Management of *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy. **Clin Infect Dis.** v.47,p.554-566, 2008.

MOZZATTO, L.; PROCIANOY, R. S. Incidence of congenital toxoplasmosis in Southern Brazil: a prospective study. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo.** v. 45, n. 3, p. 147-151, 2003.

NEVES, D. P. et al. **Parasitologia Humana.** 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2001.

PARASITOVET. Pesquisa: ciclo biológico do *toxoplasma gondii*. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/parasitovet/gênerocryptosporidium>> acesso em: 07 abr. 2014.

PÔRTO, A. M. F. **Perfil sorológico para toxoplasmose em gestantes atendidas no ambulatório pré-natal de uma maternidade-escola do Recife.** Recife, 2005.

REMYINGTON.J.S et al. Toxoplasmosis. In : REMINGTON.J.S; KLEIN.J.O. (edit.). **Infectious diseases in the fetus and newborn infant.** 5. Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2001.

REY.L. **Bases da parasitologia médica.**2.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

REZENDE FILHO, M. **Obstetrícia fundamental.** 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTANA, R. M.; ANDRADE, F. M.; MORON, A. F. Infecções TORCH e gravidez. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J.; RIBEIRO do Valle J. (Edit.). **Atualização Terapêutica.** 21.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

SANTANA, T.R.Q. **Mãe saudável, gestante doente**: a ambivalência vivenciada por gestantes com toxoplasmose, 2007, 111f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVA, J. C. **Manual Obstétrico**: um guia prático para a enfermagem. 2.ed. São Paulo: Corpos, 2007.

SILVEIRA, D. T.; CÓDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. 1 ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

SOARES, V. M. N et al. mortalidade maternal por pré-eclampsia/ eclampsia em um estado do sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.**, v. 31, p. 566-573, 2009.

SOBRAL, C.A. et al. Seroprevalence of infection with *Toxoplasma gondii* in indigenous Brazilian populations. **Am J Trop Med Hyg.**, v.72, p. 37-41, 2005.

SOUZA, E.; CAMANO, L. Descolamento premature da placenta. **Rev. Assoc. Bras.**, v.52, n. 3, maio/ jun, 2006.

SPALDING, S. M et al. Estudo prospectivo de gestantes e seus bebês com risco de transmissão de toxoplasmose congênita em município do Rio Grande do Sul. **Socied. Bras. Med. Trop.**, v. 36, n. 4, p.483-491, jul/ago, 2003.

TRAJANO, A. J. B. Descolamento prematuro da plascenta. In: BENZECRY, Roberto (Edit.). **Tratado de obstetrícia**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

URQUHART, G. M. et al. **Parasitologia Veterinária**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1998. p.204-207

VARELLA, I. S. et al. Prevalência de soropositividade para toxoplasmose em gestantes. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. 1, p.69-74, fev. 2003.

VILA NOVA, Sebastião. **Introdução a sociologia**. 6ed. Rev. São Paulo: Atlas, 2004.

WILSON, W. R; SANDE, M. A. **Doenças infecciosas**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WONG, S.Y; REMINGTON, J.S. Toxoplsmosis in pregnancy. **Clinical Infectious Diseases**, v. 18, p. 853-862, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Essa pesquisa é intitulada **CONHECIMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN SOBRE TOXOPLASMOSE** e será desenvolvida pela pesquisadora e professora Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins e pela aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN Kelle do Vale de Sousa Vidigal. A pesquisa apresenta como objetivo geral investigar o conhecimento das gestantes atendidas em unidades básicas de saúde sobre toxoplasmose no município de Mossoró RN e como objetivos específicos: caracterizar a situação social e gestacional das participantes da pesquisa; verificar o conhecimento das gestantes sobre meios de transmissão, prevenção e tratamento da toxoplasmose; identificar a realização de testes para toxoplasmose entre as gestantes durante a gestação e verificar junto as gestantes as informações passadas pelos profissionais de saúde sobre a toxoplasmose na gestação. A relevância deste estudo é proporcionar um maior nível de conhecimento acadêmico, servindo como fonte de pesquisa para entender a temática abordada e também mostrar aos profissionais de saúde a importância de prestar uma assistência adequada a essas gestantes, mostrando-as o que é a doença, como prevenir, tratar e quais consequências podem ocasionar tanto a gestante quanto ao feto.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco (s) estando relacionado ao constrangimento das gestantes em responder as perguntas, mas, os benefícios serão de auxiliar no conhecimento das gestantes sobre a toxoplasmose e a importância da prevenção, dessa forma os benefícios superam os riscos da pesquisa, visto que estes são mínimos.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um formulário, onde a senhora responderá inicialmente a algumas perguntas sobre dados pessoais, e em seguida, o formulário é composto por perguntas relacionadas aos objetivos

propostos. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisa. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização dessa pesquisa.

Eu, _____
 concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento que será rubricada a primeira e assinado a última por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/2014

 Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins
 (Pesquisadora Responsável)

 Participante da Pesquisa/ Testemunha

IMPRESSÃO
 DATILOSCÓPICA

 Endereço da Orientadora: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel. Mossoró – RN CEP: 59.625-000. Tel(s): (084) 3312-0143.

Endereço do CEP: Rua Frei Galvão, 12, Bairro Gramame, João Pessoa-PB, Tel(s): (83) 2106-4492. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I — Dados social e gestacional das entrevistadas

Data da aplicação do formulário ____/____/____

UBS: _____

Nome da Gestante: _____

Idade: ____ anos

Idade gestacional: _____ semanas.

Número de filhos: _____ **Número de gestações:** _____

Escolaridade:

- Não alfabetizada
- Alfabetizada
- 1º Grau Completo
- 2º Grau Completo
- 3º Grau Completo

Estado Civil:

- Solteira
- Casada/ mora com um companheiro
- Separada/divorciada
- Separada/desquitada

Religião:

- Católica
- Protestante ou Evangélica
- Espírita
- Outras

Profissão/ocupação: _____

Renda Familiar:

- Até um salário mínimo
- 1 a 2 salários mínimos
- 2 a 5 salários mínimos
- Não estou trabalhando

PARTE II – Conhecimento sobre a toxoplasmose das gestantes entrevistadas e a verificações das informações passadas pelos profissionais de saúde

1) Você conhece ou já ouviu falar sobre a toxoplasmose?

Sim Não

2) Você conhece como é transmitida a toxoplasmose?

Sim Não

3) Se a resposta for sim, quais dessas alternativas são consideradas como meios de transmissão?

- carnes cruas e mal cozidas;
- água contaminadas;

- manuseio com areia;
 frutas e verduras mal lavadas.
- 4) Você sabe como se prevenir da toxoplasmose?
 Sim Não
- 5) Quais dessas alternativas você considera como formas de prevenção para toxoplasmose?
 evitar o consumo de carnes cruas e mal cozidas;
 manter uma boa higiene das mãos;
 lavar bem os utensílios domésticos, após o manuseio de carnes;
 utilizar luvas ao lher dar com a terra;
 evitar beber leite não pasteurizado.
- 6) Durante a gestação foram passadas informações sobre a toxoplasmose?
 Sim Não
- 7) Já realizou o teste para toxoplasmose durante a gestação?
 Sim Não
- 8) Você já teve toxoplasmose?
 Sim Não
- 9) Qual profissional passou a informação?
 Médico Enfermeiros ACS

ANEXO

ANEXO A - Certidão



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
 Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 7ª Reunião Ordinária realizada em 13 de Agosto 2014 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "CONHECIMENTO DAS GESTANTES ATENDIDAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ-RN SOBRE TOXOPLASMOSE", protocolo número: 89/14, CAAE: 342211014.9.0000.5179 e Parecer do CEP: 788.248, Pesquisadora responsável: **Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins** e das Pesquisadoras associadas: **Kelle do Vale de Sousa Vidigal, Cássia Maria Guerra de Sousa e Michelline do Vale Maciel.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2014, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 11 de Setembro de 2014

Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
 Coordenadora do CEP/FACENE/FAMENE

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE